

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Зеньков А.К., Черняков И.И., Выхристенко С.П., Украинец Е.А., Люшко И.А.,
Зеньков А.А., Москалев К.В.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. О кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) говорят в тех случаях, когда источник кровотечения располагается проксимальнее связки Трейца, то есть в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке. Подобного рода кровотечения в зависимости от причины могут быть самыми различными по тяжести, течению и степени кровопотери. Естественно, что и хирургическая тактика у больных этой категории не может быть одинаковой

по отношению ко всем больным. Кровотечения могут быть массивными, умеренными и легкими. Кроме явных они могут быть и скрытыми.

Целью работы является анализ результатов хирургического лечения больных с кровотечением из верхних отделов ЖКТ в хирургической клинике Витебской областной клинической больницы (ВОКБ) за 20 лет (исключая больных с опухолями).

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 1021 больного с кровотечением из верхних отделов ЖКТ. Возраст больных был от 18 до 87 лет. Мужчин было 810 (79,5%), женщин - 211 (20,5%). 930 больных поступили в клинику с кровотечением из язвы желудка (22,5%) или язвы двенадцатиперстной кишки (77,5%), 28 - с синдромом Маллори-Вейсса, 26 - с варикозным расширением вен пищевода и кардиального отдела желудка, 24 - с кровотечением на почве эрозивно-геморрагического гастрита, 7 - с эзофагитом, 2 - с системным васкулитом, 2 - с болезнью Крона, 2 - с прорывом аневризмы аорты в двенадцатиперстную кишку. Всего оперировано 382 (37,4%) больных. Из них 367 больных по поводу язвенного кровотечения, что составило 39,5% по отношению к язвенным больным, 5 больных по поводу синдрома Маллори-Вейсса, 7 больных по поводу варикозного расширения вен пищевода и кардиального отдела желудка на почве портальной гипертензии, 2 больных оперированы по поводу аневризмы аорты, вскрывшейся в просвет двенадцатиперстной кишки, и 1 больной по поводу болезни Крона с преимущественным поражением нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки и начального отдела тощей кишки.

Результаты и обсуждение. Анамнез, симптомы, характерные для кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и объективные данные при первичном обследовании больного не всегда позволяют установить источник и причину кровотечения. Клиническая картина острых кровотечений из верхних отделов ЖКТ характеризовалась внезапным появлением симптомов кровотечения в виде резкой слабости, головокружения, тошноты, кровавой рвоты или рвоты цвета кофейной гущи. При осмотре больного выявлялась бледность кожных покровов и слизистых оболочек, несколько позже дегтеобразный стул. Реже наблюдался кровавый стул как следствие очень значительного кровотечения и быстрого продвижения крови по кишечнику.

В тяжелых случаях, при профузном кровотечении может наступить коллапс, при котором больной теряет сознание, лицо становится бледным, губы цианотичны, зрачки расширяются, пульс нитевидный и его зачастую трудно подсчитать. Естественно, что клиническая выраженность проявления того или другого симптома кровотечения зависит от его источника и интенсивности кровотечения, а зачастую и от сопутствующих заболеваний, которые могут способствовать кровотечению.

Внедрение эндоскопических методов исследования ЖКТ и, в частности, эзофагогастродуоденоскопии, в большинстве случаев позволяет установить источник и причину кровотечений из верхних отделов ЖКТ и при этом исследовании почти всегда становится ясным - кровотечение остановилось или продолжается. Зачастую результаты этого исследования определяют дальнейшую тактику ведения больного. Если выявляется продолжающееся артериальное кровотечение, медлить с операцией не следует.

Гемодинамические показатели, такие как частота пульса, показатели артериального давления, центрального венозного давления (ЦВД) и общее состояние больного дают возможность оценить степень кровопотери. При остро возникшем кровотечении и раннем поступлении больного в клинику показатели красной крови (количество эритроцитов, гемоглобина, гематокрит) не являются показательными для установления степени кровопотери. Наиболее достоверными данными являются результаты определения объема циркулирующей крови (ОЦК).

Опасность возникшего желудочно-кишечного кровотечения заключается в том, что при невосполненной острой кровопотере, если она была значительной, может возникнуть геморрагический синдром. Геморрагический синдром - это нарушение жизненно важных функций организма при невозмещенной или несвоевременно возмещенной кровопотере[1]. При восполнении острой кровопотери первоочередной задачей является нормализация объема, а затем уже и качества крови. До 40% ОЦК компенсируются плазмозаменителями и около 60% - кровью. Инфузионная терапия проводится одновременно с полноценной гемостатической терапией.

Тактика лечения больных с кровотечением из верхних отделов ЖКТ должна определяться по следующим данным: 1) источник кровотечения, 2) кровотечение продолжается, 3) кровотечение самостоятельно остановилось, 4) объем кровопотери. Больные с признаками желудочно-кишечного кровотечения, которые поступали в тяжелом состоянии, доставлялись из приемного отделения в операционную, где им проводились реанимационные мероприятия и если позволяло состояние больного на операционном столе выполняли ФЭГДС. При установлении источника кровотечения проводили попытку эндоскопического гемостаза. При значительном артериальном кровотечении из язвы остановка кровотечения с помощью эндоскопа в большинстве случаев оказывается не эффективной. Единственно правильной тактикой в таких случаях является экстренная хирургическая операция, что подтверждают и литературные данные[2]. При появлении или угрозе повторного кровотечения, что оценивалось по результатам гемодинамических показателей и эндоскопического исследования, больных оперировали по экстренным показаниям в первые 12 часов. Всего по экстренным показаниям оперированы 89 больных. Из них у 75 причиной кровотечения была язвенная болезнь, у 2 больных кровотечение наблюдалось из аорты в двенадцатиперстную кишку на почве прорыва аневризмы и у 5 - синдром Маллори-Вейса, у 7 - варикозное расширение вен пищевода.

При остановившемся кровотечении больным проводили гемостатическую терапию - внутривенно хлористый кальций 10% или глюконат кальция, 1% викасол внутримышечно, внутривенно 5% р-р аминокaproновой кислоты, свежзамороженную плазму, контрикал или гордокс, включая и переливания крови по показаниям. Назначали строгий постельный режим, голод в течение 2-х суток, холод на живот периодически. Часть таких больных (293) оперировали в плановом порядке. Если у больного с остановившимся кровотечением причиной была поверхностная или острая язва, проводили консервативное противоязвенное лечение, включающее Нг-блокаторы, гастропротекторы, синтетические простагландины и др.

Консервативное лечение язвенной болезни проводили больным с остановившемся кровотечением, если оно было первым или больные отказывались от операции, а результаты гистологического исследования биопсии с краев язвы не выявляли злокачественного роста.

При спонтанноостановившемся кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка больным назначали соматостатин или его синтетический аналог октреатид. При продолжающемся кровотечении для остановки его зачастую использовали зонд Блекмора

Из оперативных вмешательств 344 больным была произведена резекция желудка при кровотечениях из язвы, 18 - СПВ, 5 -иссечение язвы с ушиванием стенки желудка, 5 - гастротомия и ушивание разрывов слизистой при синдроме Маллори-Вейса, 7 -гастротомия и прошивание варикознорасширенных вен с дефектами их стенки, 2 - резекция аневризмы брюшной аорты с последующим ее протезированием (больным с вскрывшейся аневризмой аорты в двенадцатиперстную кишку), 1 - резекция двенадцатиперстной и 40 см тощей кишки по поводу болезни Крона.

Послеоперационная летальность за первые 10 лет составила 10,6%, а за последние - 6,5%.

Выводы.

1. Самой частой причиной кровотечений из верхних отделов ЖКТ является язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Экстренная операция показана при продолжающемся кровотечении, при рецидиве кровотечения в стационаре.

3. Срочная операция показана при неустойчивом гемостазе и отсутствии признаков нормализации гемодинамических показателей, несмотря на проводимую гемо статическую и заместительную терапию.

4. При кровотечении из хронической язвы желудка, пенетрирующей язвы двенадцатиперстной кишки методом выбора хирургического лечения считаем резекцию желудка по Бильрот I или Бильрот II.

Литература:

- 1 Зильбер А.П. Интенсивная терапия в хирургической практике/ А.П. Зильбер - Петрозаводск, 1981 - с. 36 - 45
2. Луцевич Э В. Диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений//50 лекций по хирургии под ред. акад. АМН СССР В.С. Савельева. /Э В. Луцевич, И.Н. Белов, Э.Н. Праздников - М., Медиа М, 2003 - с.258 - 261